

宿泊・自宅療養 対象者 診察結果報告				青太枠内の記載をお願いします		ID
記載月日 令和 年 月 日				車種	ナンバー	色
フリガナ				職場・学校名・施設利用者は施設名		
氏名						
生年月日	S・H・R	年	月	日 () 歳	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
住所						
連絡先	連絡先の方の氏名					
基礎疾患 (既往歴)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗癌剤使用 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> その他					
基礎疾患の重症度	<input type="checkbox"/> 落ちついている <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症					
左記該当項目	対象者は以下のいずれにも該当しない (該当する場合は該当項目を○で囲む) i) 高齢者 (65歳以上) ii) 基礎疾患がある者 (糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等) iii) 免疫抑制状態である者 (免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者) iv) 妊娠している者					
有 <input type="checkbox"/>						
無 <input type="checkbox"/>						
体温	度	血压	/	mmHg	脈拍	
SpO2	%	体重	kg			
症状	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
発症日	月 日 (無症状の場合は検体採取日)					
症状	<input type="checkbox"/> 熱 (最高 °C)	/	~	<input type="checkbox"/> せき	/	~
	<input type="checkbox"/> 息切れ	/	~	<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい	/	~
	<input type="checkbox"/> 下痢	/	~	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	/	~
	<input type="checkbox"/> 鼻汁	/	~	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	/	~
	<input type="checkbox"/> 全身がだるい	/	~	<input type="checkbox"/> 頭痛	/	~
	<input type="checkbox"/> 関節痛	/	~	<input type="checkbox"/> 関節痛	/	~
	<input type="checkbox"/> 食欲がない	/	~			
	<input type="checkbox"/> その他					
コロナワクチン接種状況	<input type="checkbox"/> 接種済み 回 <input type="checkbox"/> 未接種					
重症度判定	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 I (呼吸不全なし) <input type="checkbox"/> 中等症 II (呼吸不全あり) <input type="checkbox"/> 重症					
宿泊・自宅療養に対する医学的所見	<input type="checkbox"/> 自宅療養可能 <input type="checkbox"/> 自宅療養不可					
医療機関名	公立七戸病院					
所在地	七戸町字影津内98-1					
医師氏名						